

An die

Fax: 0231 / 9432-3927

Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses der
Ärzte und Krankenkassen
für den Regierungsbezirk

- Arnsberg I
- Arnsberg II
- Detmold
- Münster

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Eingangsstempel des
Zulassungsausschusses

**Antrag auf
Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
im Rahmen des Job-Sharing
nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 24 Ärzte-ZV**

Fachgebiet: _____
 ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung/en und
 sonstiger Bezeichnungen nach ärztlichem Weiterbildungsrecht

1. Antragsteller

 Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

 Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

 Tel.-Nr. dienstlich

 Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

 künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**2. Ich beantrage die Zulassung
zur vertragsärztlichen Versorgung**

für

(Praxisanschrift, Vertragsarztsitz) _____ (Straße, Nr.)

 (PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

 voraussichtl. Niederlassungsdatum

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o. ä.:

ja, Name der Institution: _____ nein

bzw. wird eine Kooperation mit einem Krankenhaus angestrebt

ja, die Vereinbarung liegt dem Antrag bei. nein

Nur bei Anträgen von Internisten oder Kinderärzten:

Ich nehme nach erfolgter Zulassung an der Versorgung teil. hausärztlichen fachärztlichen

Eine Gemeinschaftspraxis ist geplant mit:
(Name, Vorname, Ort, Straße)

etwaige Bemerkungen zur Bewerbung:

3. Zulassungsvoraussetzungen

3.1 Approbation

ja vom _____ durch _____ nein

Promotion seit: _____

Facharztanerkennung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Schwerpunktbezeichnung: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Fakultative Weiterbildung: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Besondere Fachkunde: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

Zusatzbezeichnung: _____

Anerkennung am _____

Zusatz-Weiterbildung als: _____

Prüfung am _____ Anerkennung am _____

3.2 Arztregistereintragung

ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____
bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Waren bzw. sind Sie zur Vertragsarztpraxis zugelassen bzw. in einem MVZ oder Vertrags-
arztpraxis angestellt? ja nein Vertragsarzt Ang. Arzt

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

ggf. weitere:

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

4.1 Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 100,-- EUR für die Zulassung habe ich
am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung
(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund,
IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)
überwiesen.

4.2 Die Antragsgebühr nach § 46 Ärzte-ZV in Höhe von 120,-- EUR für die Genehmigung zur
Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit habe ich
am _____ der Kassenärztlichen Vereinigung
(Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dortmund,
IBAN DE82300606010002613123, BIC DAAEDEDXXX)
überwiesen.

5. Nachweis über die ärztliche Tätigkeit vom Zeitpunkt der Approbation bis zum Tage der Antragstellung

von	bis	Ort	Einrichtung	Stellung/Funktion

6. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

- keine Tätigkeit Nebentätigkeit (bitte mit gesondertem Schreiben beantragen!)

Ort, Umfang (Wochenstunden)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis:

Die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

Antrag auf Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

Wir, _____ und _____
beantragen mit Wirkung vom _____ die Genehmigung zur Führung einer
Gemeinschaftspraxis im Rahmen des Job-Sharing als Fachärzte für
_____ in _____.

Der im Job-Sharing zugelassene Arzt wird hierbei Dr. med. _____
zugeordnet. Im Falle des Ausscheidens von Dr. med. _____ tritt
an dessen Stelle dessen Praxisnachfolger, sofern die Gemeinschaftspraxispartner
nicht übereinstimmend eine andere Feststellung treffen.

(Erläuterung: Das Erfordernis der Zuordnung des im Job-Sharing zugelassenen Arztes zu einem konkreten Vertragsarzt aus einer mehrgliedrigen Gemeinschaftspraxis ergibt sich aus der Zuweisung arztbezogener Volumina im Rahmen der Honorarverteilung. Die Zuordnung des Job-Sharing-Partners zu einem konkreten Mitglied der Gemeinschaftspraxis hat keine Auswirkungen auf die Anwartschaft des Job-Sharing-Partners, nach Ablauf von 10 Jahren mit ununterbrochener Zugehörigkeit zu der Gemeinschaftspraxis eine ‚Vollzulassung‘ zu erwerben.)

Falls Sie Fragen bezüglich der geforderten Zuordnung oder der Berechnung haben, wenden Sie sich bitte direkt und ausschließlich an das

Team Jobsharing (Abteilung Datenmanagement), Tel.: 0231/9432-3003

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift des Praxisinhabers

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsarztverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Name
(Stempel oder Druckschrift)

1. Ich erkläre, dass ich nach der "Gemeinsamen Notfalldienstordnung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.
2. Des Weiteren erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.
3. Ich erkläre hiermit, dass ich zur Zeit in **einem / keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder sonstiger nicht ehrenamtlicher Tätigkeit in einem Umfang von _____ Stunden pro Woche/Vollzeit stehe.

Das Beschäftigungsverhältnis ist mit Wirkung vom _____ gekündigt worden.

Sollten sich im Hinblick auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses Änderungen ergeben, ist der Zulassungsausschuss für Ärzte schriftlich davon in Kenntnis zu setzen.

(Ort, Datum)

Unterschrift

Erläuterungen für die Antragstellung

Dem Antrag auf Zulassung zur Vertragsarztpraxis sind nach § 18 Ärzte-ZV nachstehende Unterlagen beizufügen:

- ein Auszug aus dem Arztregister (nicht notwendig, wenn der Arzt im Register der KVWL eingetragen ist)
- unterschriebener Lebenslauf
- ein polizeiliches Führungszeugnis mit der Bezeichnung "O". Bei der Meldestelle (Einwohnermeldeamt) ist unbedingt anzugeben, dass ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde beantragt wird. Als Behörde ist oben links im Führungszeugnis anzugeben:

Zulassungsausschuss der Ärzte
und Krankenkassen
Robert-Schimrigk-Straße 4 - 6
44141 Dortmund.

Dieses polizeiliche Führungszeugnis wird nicht dem antragstellenden Arzt, sondern dem Zulassungsausschuss direkt vom Bundeszentralregister übermittelt.

Bitte bei Beantragung beachten:

Das Führungszeugnis hat **sechs Monate Gültigkeit**; es darf bei Aufnahme der Tätigkeit nicht älter als 1/2 Jahr sein.

Das polizeiliche Führungszeugnis mit der Bezeichnung "N" (diese Bezeichnung wird von der Meldestelle oben links eingetragen) hat keine Gültigkeit.

- eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Antragsteller bisher zur Vertragsarztpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Zulassung und der Grund seiner etwaigen Beendigung ergeben.
- Erklärung des Antragstellers über ein bestehendes Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder Ausübung einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nach § 18 Absatz 2 Buchstabe e Ärzte-ZV (liegt im Vordruck bei)
- Erklärung des Antragstellers hinsichtlich der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst (liegt im Vordruck bei)
- Antragsgebühr in Höhe von 100,-- EUR für die Zulassung. Es wird um Verständnis gebeten, dass gem. § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.
Hinweis:
Bei Bestandskraft der Zulassung wird eine Verwaltungsgebühr von € 400,00 fällig.
- Antragsgebühr in Höhe von 120,-- EUR pro Partner für die Genehmigung zur Ausübung gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Es wird um Verständnis gebeten, dass nach § 38 Ärzte-ZV über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt wird.
- Verpflichtungserklärung zur Leistungsbegrenzung (die entsprechende Formularerklärung wird Ihnen zu gegebener Zeit zur Verfügung gestellt)
- sofern eine Nebentätigkeit beantragt wird, bitte auf gesondertem Schreiben beantragen/ begründen!

Originalunterlagen werden unmittelbar nach Einsichtnahme zurückgesandt
Anstelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

Sofern der Antragsteller im Arztregister eingetragen ist, erübrigt sich die Übersendung derjenigen Unterlagen, die bereits im Arztregister hinterlegt sind. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeitsnachweise bis zum Zeitpunkt der Eintragung.

Merkblatt

für Ärzte, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen

Bei Ärzten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, kann einer Zulassung entgegenstehen, dass der Arzt wegen des Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in dem erforderlichen Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis zu kündigen. Liegen bei dem Arzt die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Arzt verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d. h. der Arzt darf nicht vertragsärztlich tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Arztes zu beenden.